

# Servizio Cure a Domicilio del Luganese SCuDo

## Rapporto ufficiale del medico curante

da allegare in busta chiusa agli atti di concorso

### MEDICO

Nome ..... Cognome .....

Luogo ..... Telefono .....

### 1. GENERALITA'

Nome ..... Cognome .....

Data di nascita ..... Professione .....

Indirizzo completo .....

Candidato (a) alla funzione di .....

### 2. ANAMNESI PERSONALE REMOTA

- Malattie subite (indicare le diagnosi e l'anno); terapie durate più di 4 settimane

.....  
.....

- Operazioni e infortuni subiti (indicare le diagnosi e l'anno)

.....  
.....

- Consumate o avete consumato in passato alcool, tranquillanti, sigarette, sostanze stupefacenti?

.....

### 3. ANAMNESI PERSONALE RECENTE

- Malattie in atto (indicare le diagnosi, da quando e la terapia attuale)

.....  
.....

- Operazioni e infortuni in atto (indicare le diagnosi, da quando e la terapia attuale)

.....  
.....

### 4. RENDITE AI, LAM, FAINF E LPP

- E' al beneficio o ha fatto richiesta di una rendita per un problema medico o chirurgico (assicurazione invalidità, assicurazione militare, assicurazione infortunio, cassa pensione) ?

.....

Certifico di aver risposto sinceramente alle domande precitate e di aver sottaciuto nulla. Autorizzo i medici e ogni altra persona a cui l'Associazione dovesse rivolgersi a dare al suo Servizio medico tutte le informazioni che desiderasse in relazione all'assunzione e all'ammissione alla Cassa Pensione.

**N.B. :** se la persona firmataria ha sottaciuto un infortunio e/o malattia esistente o precedente soggetto/a ricadute, essa si rende colpevole di reticenza e l'Associazione, rispettivamente la sua Cassa Pensione sono liberate da ogni obbligo. Una falsa dichiarazione di salute può giustificare, sentito il preavviso del medico aziendale, l'annullamento dell'assunzione o della promozione a nuova funzione.

Luogo, data e firma autografa .....

**STATUS PRAESENS**

5. **Stato generale, stato di nutrizione, linguaggio, peso, altezza**

.....  
.....  
.....

6. **Apparato locomotorio**

.....  
.....  
.....

7. **Capo, visus con e senza correzione, udito**

.....  
.....  
.....

8. **Sistema cardiocircolatorio (compreso PA)**

.....  
.....  
.....

9. **Torace /Polmoni**

.....  
.....  
.....

10. **Addome**

.....  
.....  
.....

11. **Sistema nervoso, cute**

.....  
.....  
.....

12. **Stato psichico**

.....  
.....  
.....

**DOMANDE COMPLEMENTARI**

13. **E' da prevedere che il (la) candidato (a) sia esposto (a) ad un invalidità prematura ?**  SI  NO  
**Se si, quale, in che misura e per quanto tempo?**

.....  
.....  
.....

14. **Vi sono eventuali ragioni di ordine medico che potrebbero determinare frequenti assenze dal lavoro?**  SI  NO  
**Se si, quale, in che misura e per quanto tempo?**

.....  
.....  
.....

15. **Controindicazioni mediche alla specifica attività per la quale in candidato ha concorso**

.....  
.....  
.....

16. **Se vi sono controindicazioni potrebbe essere eventualmente impiegato (a) in altre attività più consone al suo stato di salute? Quali?**

.....  
.....  
.....

17. **Può essere ammesso senza riserva alla Cassa Pensione?**  SI  NO

---

Certifico di avere visitato in data odierna il (la) candidato (a) e di avere risposto alla domande in modo esatto e coscienzioso.

Luogo e data ..... Timbro e firma del medico .....

## OSSERVAZIONE DEL MEDICO CURANTE